

Normas del Programa WIC

- Proporcionarle al personal del programa WIC información verdadera y exacta.
- Obtener cheques de sólo una clínica del programa WIC a la vez. Si durante el mismo mes usted obtiene cheques del programa WIC a través de más de una clínica, puede ser retirado del programa WIC y tener que rembolsar al programa.
- Elegir entre el WIC y el CSFP (Programa Suplemental de Alimentos Básicos). Una persona no puede estar en ambos programas al mismo tiempo.
- Informar al personal del programa WIC acerca de cualquier cheque extraviado, robado o destruido. No usar ningún cheque que haya reportado como perdido, robado o destruido. Si encuentra dichos cheques devuélvalos a la clínica.
- No hacer cambios a los cheques del programa WIC. Llamar a la clínica si necesita que se hagan cambios a sus cheques del programa WIC.
- No vender, comercializar o regalar los alimentos, fórmulas o cheques del programa WIC.
- No intercambiar alimentos, fórmulas o cheques del programa WIC por dinero, crédito, vales u otros artículos.
- No abusar verbalmente, acosar, amenazar o lesionar físicamente al personal del programa WIC o de la tienda.
- Usar los cheques del programa WIC correctamente:
 - ▶ Usar los cheques del programa WIC el primer día o hasta el último día que pueda usarlos.
 - ▶ Usar un cheque del programa WIC sólo si su nombre está impreso debajo del recuadro de firma.
 - ▶ Comprar sólo en tiendas aprobadas por el WIC. Buscar carteles que digan "Aquí se aceptan cheques del programa WIC".
 - ▶ Comprar las cantidades y tipos de alimentos indicados en sus cheques del programa WIC.
 - ▶ Separar sus alimentos del programa WIC por cheque y de otros artículos que esté comprando.
 - ▶ Informarle al cajero que usted utilizará un cheque del programa WIC antes de comenzar su compra.
 - ▶ Firmar su cheque del programa WIC después de que el cajero vea su identificación y escriba la cantidad.

Si tiene preguntas, por favor hable con el personal del programa WIC.

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (U.S. Department of Agriculture), esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja, escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TTY). El Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA) es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

El WIC de Washington no discrimina.

Programa Nutricional WIC
1-800-841-1410



DOH 962-010SP (Rev. 5/9/06)

Esta publicación está disponible en otro formato a solicitud para personas con discapacidades. Para hacer su pedido, llame al 1-800-525-0127

Derechos y Responsabilidades del Programa de Nutrición WIC del Estado de Washington

¿Qué espera de mí el programa WIC?

Comprar alimentos aprobados por el WIC:

Sólo compraré los alimentos indicados en mis cheques del programa WIC. Sólo usaré los alimentos para las personas en el programa.

Usar los cheques del programa

WIC correctamente:

Seguiré los reglamentos para cheques que se indican al dorso de este formulario. Puedo nombrar a otra persona para que use los cheques. Le diré a esa persona cómo usar los cheques del programa WIC correctamente.

Ir a una clínica del programa WIC a la vez:

Obtener cheques de sólo una clínica WIC a la vez. Si llegara a mudarme, pediré una tarjeta de traslado.

Asistir a las citas del programa WIC:

Iré a mis citas o llamaré con anticipación cuando tenga que reprogramar una cita.

Cortesía en general:

Trataré al personal del programa WIC y de la tienda con cortesía y respeto.

¿Qué puedo esperar del programa WIC?

Alimentos del programa WIC:

Si califico para WIC, obtendré cheques para comprar alimentos saludables. Entiendo que el programa WIC no proporciona todos los alimentos o fórmulas necesarios en un mes.

Información de nutrición y amamantamiento:

El programa WIC me proporcionará información útil para una alimentación saludable y un estilo de vida activo. El programa WIC proporcionará asistencia y ayuda con el amamantamiento.

Información para el cuidado de la salud:

El programa WIC me dará información acerca de cómo encontrar un doctor y recibir inmunizaciones para mi niño. El programa WIC me derivará a otros servicios que necesite.

Trato justo:

Los reglamentos para acceder al programa WIC son los mismos para todos. Puedo solicitar una Audiencia Imparcial si no estoy de acuerdo con una decisión acerca de mi elegibilidad al programa WIC.

Cortesía en general:

El personal del programa WIC me tratará con cortesía y respeto.

Comprendo mis Derechos y Responsabilidades:

- Toda la información que proporciono al programa WIC es verdadera y exacta. El personal del programa WIC puede verificar esta información.
- Reportaré inmediatamente todo cambio en mi ingreso, tamaño de la familia, dirección o elegibilidad para Medicaid, Programa de Alimentos Básicos, TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDIPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias).
- Seguiré los Reglamentos del Programa WIC consignados en ambos lados de este formulario. Si nombro a otra persona para que use mis cheques, me aseguraré de que dicha persona sepa y siga los Reglamentos del Programa WIC.
- El programa WIC es un programa Federal. Si rompo las reglas, hago declaraciones falsas, despisto intencionalmente, ocultamiento o retención de hechos acerca de mi elegibilidad para el Programa WIC, entiendo que:
 - Yo y mi niño(a) podemos ser retirados del programa WIC hasta por un año.
 - Tendré que devolver dinero al programa WIC por alimentos o fórmula que no debería haber recibido.
 - Puedo estar sujeto a procesamiento civil o penal conforme las leyes Estatales y Federales.
- Permitiré que el personal del programa WIC tome mi altura y peso o el de mi niño(a). Permitiré al personal del programa WIC a tomar una pequeña muestra de sangre para controlar el nivel de hierro en mi sangre o la de mi niño(a). Entiendo que esta información es necesaria para ayudar a determinar la elegibilidad al programa WIC.

Con mi firma en este formulario estoy de acuerdo con lo antedicho.

Firma del cliente/cuidador

Fecha

Acceder al programa WIC no afecta su estado migratorio

La oficina del programa WIC del estado de Washington tiene acceso a copias de mis registros del programa WIC.

For clinic use. Initial all that apply if client did not read the form: ___ Interpreter ___ Written Translation ___ Read to client ___ Other

Client Name / Nombre del cliente

Caregiver Name / Nombre del cuidador